**순천향대학교 부속 부천병원 협력 병·의원 협약 신청서**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **기관 현황** | □ 종합병원 □ 병원 □ 재활전문병원 □ 요양병원  □ 의원 □ 한의원 □ 치과 □ 기타 | | | |
| **의료기관명** |  | **요양기관번호** |  |
| **대표전화** |  | **FAX** |  |
| **병상수** |  | **의사수** |  |
| **개원일자** |  | **대표차량번호** |  |
| **회송담당자**  **(직책)** |  | **전화번호** |  |
| **주소** |  | | |
| **진료과목**  **(모두기재)** |  | | |
| **홈페이지** |  | | |
| **대표자** | **성 명** |  | **주민번호** |  |
| **출신학교** |  | **전공분야** |  |
| **면허번호** |  | **E-mail** |  |
| **휴대폰번호** | \* SMS 문자서비스 수신에 동의하십니까?(예/아니오) | | |
| **협력 병·의원신청** | 순천향대학교 부속 부천병원 협력 병․의원제도의 운영 내규 규정에  의거하여 서면으로 협력 병.의원 협약 체결을 요청 드립니다.  20 년 월 일  대표 (서명 또는 인) | | | |

\* 신청서 작성 후 팩스나 우편 또는 메일로 협약신청서를 보내 주십시오.

\* 추) 병원급은 협력병원 세부조사표를 작성하시어 신청서와 같이 송부하여 주시기 바랍니다.

\* 감사합니다. 본 자료는 순천향대학교 부속 부천병원 진료협력 목적 용도로만 사용되어짐을 약속드립니다.

**<보내실 곳>**

**경기도 부천시 조마루로 170 순천향대학교 부속 부천병원 진료협력센터 (본관1층)**

**TEL : 032-621-5554 / FAX : 032-621-5750 / E- mail :** [**e-refer@schmc.ac.kr**](mailto:e-refer@schmc.ac.kr)





**< 세부조사>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **병실** | / / / 인실 | **간병** | □공동간병 □개인간병 □보호자간병 |
| **보험관련** | □건강보험 □의료급여  □교통 □산재 | **감염관리** | □MRSA □CRE □VRE □기타 |
| **시설** | □응급실 □중환자실 □투석실 □재활치료실 □격리실  □수술실 □분만실 □신생아실 □정신과폐쇄병실 □기타 | | |

**1. 병상운영 현황 및 주요시설**(해당사항에 모두 체크)

|  |
| --- |
| □항생제 □수혈 □욕창 □TPN □T-tube관리 □복수천자 □항암 □복막투석 □CRRT |

**2. 처치가능항목**

**3. 보유장비**(보유항목에 수량으로 표시)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **장비** | **수량** | **장비** | **수량** | **장비** | **수량** | **장비** | **수량** |
| **인공호흡기** |  | **MRI** |  | **뇌혈류측정기** |  | **유방엑스선촬영기** |  |
| **Angiography** |  | **O2, Suction** |  | **미세현미경** |  | **초음파** |  |
| **C-ARM** |  | **골밀도검사기** |  | **제세동기** |  | **(기타보유장비)** |  |
| **CT** |  | **관절경** |  | **내시경** |  | **(기타보유장비)** |  |
| **EKG** |  | **뇌파검사기(EEG)** |  | **위장관엑스선촬영기** |  | **(기타보유장비)** |  |

**4. 재활치료 프로그램**

|  |
| --- |
| □CPM □물리치료 □작업치료 □언어치료 □연하재활 □척추손상재활 □보바스 □소아재활 |

**5. 편의시설**

|  |
| --- |
| □주차장 □승강기 □휠체어출입화장실 □앰뷸런스 □장례식장 □기타 |

**6. 의료진 현황**(전체명단을 기입해 주시고 기록란 부족시 복사 후 추가기재 부탁드립니다)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **의사명** | **면허번호** | **진료과** | **출신학교** | **연락처(HP)** | **이메일** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**※ 추가로 첨부하실 내용이나 본원에 제안 내용이 있으시면 적어주십시오.**